

Стразд Александр студент 3 курса 1 группы специальности

Таможенное дело,

Научный руководитель: Широких Сергей Федорович

Академия госслужбы, г. Курск, Россия

ВЛИЯНИЕ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НА ДОСТИЖЕНИЯ В ОЛИМПИЙСКИХ ИГРАХ

В статье рассматривается теоретический базис взаимосвязи адаптивной физической культуры (АФК) и психического благополучия человека. Анализируются ключевые механизмы влияния структурированной физической активности на когнитивные процессы, эмоциональную сферу и стресс-регулирующие системы индивида с ограниченными возможностями здоровья. Акцент сделан на психорегуляторной функции движений в условиях сенсорных, моторных или интеллектуальных дефицитов.

Ключевые слова: спорт, профессиональный спорт, здоровье, ментальное здоровье, адаптивная физическая культура, психосоматическая регуляция, телесно-ориентированный подход, компенсаторные механизмы, стрессоустойчивость.

В современной научной парадигме здоровье рассматривается как единство физического и психического компонентов. Традиционная физическая культура направлена преимущественно на развитие соматических качеств у условно здоровых индивидов. Адаптивная физическая культура (АФК) принципиально иначе определяет свой объект: она ориентирована на личность, находящуюся в состоянии перманентного вызова — хроническое заболевание, стойкое нарушение опорно-двигательного аппарата, сенсорная депривация,

интеллектуальные расстройства. В отличие от лечебной физкультуры, работающей в логике «дефект — восстановление», АФК принимает факт необратимости или длительной стабильности нарушения и смещает акцент на реконструкцию целостной личности в новых условиях существования.

В данном контексте АФК перестает быть просто методом физической реабилитации и приобретает статус инструмента ментальной гигиены. Систематические занятия начинают выполнять психопрофилактические и психокоррекционные функции: регуляцию аффективных состояний, снижение тревоги и депрессивных тенденций, восстановление чувства контроля над телом и жизненным контекстом, профилактику социальной самоизоляции.

Теоретическое осмысление АФК требует преодоления узко-биомедицинского подхода. Хроническое соматическое или сенсомоторное нарушение неизбежно порождает психический дефицит второго порядка: фрустрацию, тревогу, чувство неполноценности, разрыв социальных связей. Именно эти вторичные феномены нередко оказываются более инвалидизирующими, чем первичный дефект. АФК предлагает активный способ совладания — через движение воздействовать на психику, восстанавливая смыслообразующие структуры личности.

Актуальность теоретической разработки обусловлена несколькими факторами: запросом на интегративные подходы в реабилитологии, опережением практикой АФК существующей теории, а также размытостью компетенций между врачами, психологами и специалистами по АФК[1].

Адаптивная физическая культура базируется на фундаментальном принципе единства психики и тела (*psychosomatische Einheit*), восходящем к феноменологии тела и психоаналитической традиции.

Этот принцип утверждает, что любое психическое состояние имеет телесный коррелят, а любое телесное изменение резонирует в ментальной сфере. В отличие от лечебной физкультуры, ориентированной на восстановление утраченной функции в узко-биомеханическом смысле, АФК работает с переживанием телесности — тем, как человек ощущает, воспринимает и осмысливает свое тело в ситуации его частичной утраты или изменения. Лечебная физкультура адресована органическому дефекту, тогда как АФК адресована феномену дефекта — тому, как этот дефект явлен в сознании субъекта. Один и тот же парез может быть пережит как катастрофа или как вызов, и АФК, в отличие от чисто медицинских интервенций, влияет именно на этот способ переживания.

Теоретический конструкт «схемы тела» (П. Шильдер, Х. Хэд, А.Р. Лурия) показывает, что нормальное функционирование психики опирается на устойчивый образ собственного тела в пространстве. При ампутации, парезе, сенсорной депривации или центральных поражениях происходит деформация ментальной репрезентации себя: возникают фантомный синдром, игнорирование пораженной стороны, сенсорное обеднение схемы тела. Регулярные занятия АФК предлагают механизм пересборки этой схемы. Двигательная активность создает поток упорядоченной афферентации, который заново «прорисовывает» границы и структуру телесного образа. Речь идет не о восстановлении нормативной схемы (что часто невозможно), а о формировании новой, функционально адекватной схемы, включающей факт нарушения как интегрированный элемент[2].

Центральный механизм воздействия АФК на ментальное здоровье — проприоцептивная коррекция. Проприоцепция (глубокое мышечно-суставное чувство) информирует мозг о положении частей тела и мышечном усилии. При двигательном или сенсорном

дефиците проприоцептивный поток резко обедняется. Даже минимальные движения пораженной конечности или замещающие движения здоровых сегментов генерируют афферентные сигналы, которые выполняют несколько функций. Функция заземления: постоянный проприоцептивный поток привязывает сознание к текущему физическому состоянию, предотвращая деперсонализацию — ощущение нереальности себя и отчуждение от тела. Функция верификации границ: проприоцептивные сигналы позволяют психике заново определить, где заканчивается тело, постепенно включая фантомные феномены в новую стабильную схему. Функция предсказуемости: повторяемые контролируемые движения уменьшают рассогласование между ожидаемым и реальным сенсорным сигналом, снижая тем самым тревогу. Функция борьбы с выученной беспомощностью: проприоцептивная коррекция доказывает на телесном уровне, что даже при тяжелом нарушении возможно намеренное действие.

Второй ключевой механизм — дыхательно-двигательные паттерны. Ритмические нагрузки (плавание, адаптивная гребля, ходьба на лыжах при ДЦП) вынужденно синхронизируют дыхание и движение, что запускает каскад психосоматических эффектов. Глубокое ритмичное дыхание стимулирует блуждающий нерв, активируя парасимпатическую систему — «тормозной» механизм, гасящий возбуждение. Это редуцирует ментальное возбуждение, лежащее в основе тревоги, паники и бессонницы. Ритмическая нагрузка действует также как «якорь внимания», смещая фокус с навязчивых мыслей на телесный процесс, что функционально аналогично практике осознанности. Кроме того, ритмическая структура не позволяет аффекту достичь деструктивной амплитуды — человек, вовлеченный в длительную циклическую нагрузку,

физиологически не способен поддерживать высокий уровень тревоги или гнева. Наконец, перекрестные ритмические движения (ходьба, ползание) стимулируют межполушарное взаимодействие, что важно для лиц с последствиями инсульта или черепно-мозговой травмы. [3].

Теория адаптации выделяет три основных вектора влияния АФК на ментальное здоровье, каждый из которых связан с определённым типом психологического дефицита при хронических нарушениях.

Первый вектор — антидепрессивный эффект через целеполагание. При депрессивных расстройствах, часто коморбидных хроническим заболеваниям, наблюдается феномен «выученной беспомощности» (М. Селигман): человек перестаёт верить в свою способность влиять на события. Адаптивное занятие строится как серия микро-достижений — увеличить амплитуду сгибания на два градуса, удержать равновесие на три секунды дольше. Каждое такое достижение кинетически подтверждено: тело реально подчинилось волевому импульсу, что опровергает убеждение «я не могу контролировать своё тело и жизнь». Многократное повторение микро-успехов блокирует когнитивную триаду депрессии — негативный взгляд на себя, на мир и на будущее. АФК работает как тренировка агентности: способности быть действователем, а не жертвой обстоятельств.

Второй вектор — редукция тревоги через отвлечение и привыкание. Сенсорная и моторная депривация порождает гиперактивацию: при недостатке внешних стимулов мозг начинает генерировать внутренние угрозы, заполняя «сенсорный голод» тревожным содержанием. АФК предлагает мощный поток тактильных, проприоцептивных и вестибулярных стимулов. Концентрация на движении служит естественным аналогом практик осознанности: смещение фокуса с катастрофических мыслей на

ощущение мышцы или сустава прерывает петлю руминации — ментальное «пережёвывание» тревожного содержания. Кроме того, регулярное повторение движений запускает механизм привыкания: ситуации, изначально воспринимавшиеся как угрожающие, перестают вызывать тревожную реакцию. Теоретически это создаёт генерализованный навык переносить неопределённость и дискомфорт без катастрофизации.

Третий вектор — модуляция агрессии и фрустрации. Инвалидизирующие состояния сопровождаются «нарциссической травмой» — ударом по самооценке, гневом на болезнь, обстоятельства или на самого себя. В обычной жизни у человека часто нет социально приемлемых способов разрядки этой агрессии. АФК предоставляет такие каналы. Через усилия взрывного характера — броски мяча, элементы адаптивных единоборств в контролируемых условиях — человек символически «выбрасывает» гнев вовне, разряжая мышечное напряжение. Через статические напряжения — удержание позы, вис, упор — решается обратная задача: тренировка терпимости к дискомфорту. Регулярное удержание позы учит не срываться при фрустрации, выдерживать напряжение и доводить начатое до конца. Этот навык экстраполируется на бытовые ситуации — невозможность быстро застегнуть пуговицу, дождаться помощи, получить желаемое немедленно.

Все три механизма работают в единстве. Одно и то же занятие одновременно создаёт микро-достижения, обеспечивает поток сенсорных стимулов и даёт возможность для разрядки гнева через усилие. АФК не устраняет причину депрессии, тревоги или фрустрации — она остаётся в социальных и биологических реалиях

человека, — но меняет способ отношения к этим состояниям и расширяет репертуар доступных совладающих стратегий.[4].

Ментальное здоровье невозможно вне социального контекста. Тяжёлые формы аутизма, интеллектуальные нарушения, последствия инсультов и другие хронические состояния часто приводят к социальной изоляции, когда человек оказывается выключенным из привычных форм общения и теряет чувство принадлежности. Групповые занятия АФК создают пространство «нормализованного взаимодействия», где правила ясны и не зависят от вербальных способностей, а роль каждого участника определяется движением, а не уровнем интеллекта. В таком пространстве формируется чувство принадлежности к группе («we-чувство»), которое является базовым антидотом экзистенциального одиночества — одного из самых тяжёлых переживаний при хронических нарушениях.

Помимо коммуникативного эффекта, через развитие физических качеств — силы, гибкости, выносливости — повышается уровень автономии: способности самостоятельно одеваться, передвигаться, обслуживать себя. В терминах теории самодетерминации (Э. Деси и Р. Райан) это напрямую коррелирует с субъективным ощущением ментального благополучия, поскольку удовлетворяется базовая потребность в компетентности и независимости. Чем меньше человек зависит от посторонней помощи в повседневных действиях, тем выше его самооценка и тем слабее переживание собственной неполноценности.

Для теоретически корректного понимания места АФК необходимо различать уровни её воздействия на психику. Симптоматический уровень — купирование острой тревоги и ажитации через циклические движения. Патогенетический — восстановление нарушенной связи между волевым импульсом и исполнительным

органом, что особенно важно при истерических параличах. Саногенетический — формирование зрелой идентичности, включающей факт ограничения как часть «Я», а не как чуждое «Оно». Эти уровни не исключают, а дополняют друг друга.

Адаптивная физкультура не является терапевтическим инструментом в узком клиническом смысле. Она не заменяет психотерапию при тяжёлой депрессии и не отменяет фармакологическую поддержку при психотических расстройствах. Однако она выступает универсальным фоновым регулятором, повышающим общий адаптационный потенциал личности, на котором уже возможна специализированная ментальная помощь. Именно в этом качестве — как телесная база для психосоциальной работы — АФК занимает своё необходимое место в системе комплексной реабилитации[5].

Теоретический анализ позволяет утверждать, что адаптивная физическая культура обладает мощным, хотя и непрямым, воздействием на ментальное здоровье. Ее механизмы включают: обогащение сенсорного потока (редукция сенсорного голода), восстановление чувства контроля над телом (преодоление выученной беспомощности) и регуляцию аффекта через ритмические и силовые паттерны движения. Внедрение психологически ориентированных программ АФК следует рассматривать не как физкультурно-оздоровительное мероприятие, а как полноценную психогигиеническую практику, направленную на сохранение идентичности и устойчивости личности в условиях биологического дефицита.

Список использованных источников

1. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры. — М.: Спорт, 2021.
2. Маллаев, Д. М. Психолого-педагогические основы адаптации личности. — Махачкала: ДГПУ, 2019.
3. Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М.: Владос, 2018.
4. Леви, Т. Телесная психотерапия в реабилитации. Теоретические модели. — СПб.: Речь, 2020.
5. Лубовский, В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития. — М.: Институт коррекционной педагогики, 2017.